

© Коллектив авторов, 2018  
УДК 616.617-002-006.2  
DOI 10.21886/2308-6424-2018-6-1-76-80  
ISSN 2308-6424

## Кистозный уретерит: редкий случай двусторонней обструкции верхних мочевых путей

А.Ю. Сероухов<sup>1</sup>, К.К. Ахмедов<sup>2</sup>, Ю.В. Кемеж<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Базовая больница Тамале; Тамале, Гана

<sup>2</sup>ГБУЗ «Городская клиническая больница имени В.М. Буянова Департамента здравоохранения города Москвы»; Москва, Россия

Кистозный уретерит (ureteritis cystica) редко встречаемый вид поражения, характеризующийся образованием под слизистой оболочкой верхних мочевых путей кист, диаметром от нескольких миллиметров до сантиметра. Относится к доброкачественным состояниям, ассоциированным с хроническим раздражением мочеточника в результате рецидивирующей инфекции либо мочекаменной болезни. Как правило, данный вид патологии не сопровождается специфическими клиническими проявлениями. Выявляется инцидентально при лучевых методах исследования верхних мочевых путей. Терапия заключается в лечении основного заболевания и эрадикация инфекции. В данной статье представлен клинический случай пациента с билатеральной обструкцией мочеточников внутриспросветными кистозными образованиями.

**Ключевые слова:** кистозный уретерит; двустороннее поражение мочеточников; лазерная абляция кист

**Раскрытие информации:** Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Поступила в редакцию:** 15.01.2018. Принята к публикации: 07.03.2018.

**Автор для связи:** Сероухов Александр Юрьевич; тел.: +233 (50) 396-23-35; e-mail: dr.seroukhov@gmail.com

**Для цитирования:** Сероухов А.Ю., Ахмедов К.К., Кемеж Ю.В. Кистозный уретерит: редкий случай двусторонней обструкции верхних мочевых путей. *Вестник урологии*. 2018;6(1):76-80. DOI:10.21886/2308-6424-2018-6-1-76-80

## Ureteritis Cystica: A rare case of bilateral obstruction of the upper urinary tracts

A.Yu. Seroukhov<sup>1</sup>, K.K. Akhmedov<sup>2</sup>, Yu.V. Kemezh<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Tamale Teaching Hospital; Tamale, Ghana

<sup>2</sup>Moscow City Hospital after V.M. Buyanov, Moscow Healthcare Department; Moscow, Russia

Cystic Ureteritis (ureteritis cystica) is an uncommon pathology characterized by the formation of cysts beneath the mucosa of the upper urinary tract, usually with a diameter of a few millimeters up to a centimeter. They belong to benign conditions and are associated with chronic irritation of the ureter as a result of recurrent infection or urolithiasis. As a rule, this pathology is seldom accompanied by any specific clinical manifestations. They are usually found incidentally during routine radiological investigations of the upper urinary tract. Management involves the treatment of the underlying disease and eradicating any infection. In this article we present a clinical case of a patient with bilateral obstruction of the ureters by intraluminal cystic lesions.

**Key words:** pureteritiscystica; bilateral involvement of the ureters;  
laser ablation of cysts

**Disclosure:** The study did not have sponsorship. The authors declare no conflict of interest.

**Received:** 15.01.2018. **Accepted:** 07.03.2018.

**For correspondence:** Alexander Yu. Seroukhov; tel.: +233 (50) 396-23-35; e-mail: dr.seroukhov@gmail.com

**For citations:** Seroukhov A.Yu., Akhmedov K.K., Kemezh Yu.V. Ureteritis Cystica: A rare case of bilateral obstruction of the upper urinary tracts. *Herald Urology*. 2018;6(1):76-80. (In Russ.). DOI:10.21886/2308-6424-2018-6-1-76-80

## Введение

Кистозный уретерит относится к доброкачественным пролиферативным заболеваниям мочеточников, при котором отмечается формирование мелких подслизистых кист диаметром от 1 до 10 мм, заполненных прозрачной или несколько мутной жидкостью. Данное состояние чаще всего выявляется при экскреторной или антеградной урографии. Характеризуется наличием сферических внутрипросветных дефектов наполнения. Чаще всего процесс носит односторонний характер и сам по себе не приводит к клинически значимым нарушениям уродинамики по верхним мочевым путям. Основная дифференциальная диагностика проводится с туберкулезным поражением и злокачественными заболеваниями. Представленный клинический случай пациента с билатеральной обструкцией мочеточников внутрипросветными кистозными образованиями является редким. Проведенное поэтапное хирургическое лечение позволило успешно восстановить беспрепятственный пассаж мочи по верхним мочевым путям.

## Клинический случай

Пациент (63 года) поступил в экстренном порядке с жалобами на боль в поясничной области, преимущественно слева, озноб, повышение температуры тела до фебрильных значений в течение нескольких дней. Самостоятельно до момента обращения в больницу осуществлял прием НПВС без существенного эффекта. В анамнезе у пациента длительное время мочекаменная болезнь. Эпизодически, несколько раз в год, отмечалась почечная колика, разрешавшаяся консервативно.

При поступлении состояние больного тяжелое ввиду выраженного токсического синдрома. Гемодинамика стабильная. При пальпации болезненность в проекции обеих почек. По данным лабораторного исследования: лейкоцитоз крови

( $12,2 \times 10^9$ /л) и гранулоцитоз (95,9%), лейкоцитурия, эритроцитурия, значительные метаболические нарушения (АСТ – 90 МЕ/л, АЛТ – 97 МЕ/л, ГГТП 317 МЕ/л, ЩФ – 698 МЕ/л, билирубин общий – 36,8 мкмоль/л, билирубин прямой – 27,60 мкмоль/л, мочевины – 18 ммоль/л, креатинин – 363 мкмоль/л, прокальцитонин – 125,70 нг/мл). Бактериологически в моче выявлен *Enterococcus faecalis*  $1 \times 10^5$  КОЕ/мл. При ультразвуковом исследовании – двусторонний гидронефроз, конкременты обеих почек.

В срочном порядке выполнена двусторонняя чрескожная пункционная нефростомия. Многокомпонентная медикаментозная терапия стабилизировала состояние пациента.

По данным спиральной компьютерной томографии, выявлены множественные конкременты обеих почек, а также кальцинированные лимфатические узлы брыжейки тонкой кишки (рис. 1).

При антеградной пиелоуретрографии отмечается нарушение пассажа контраста по мочеточникам с наличием множественных сферических внутрипросветных дефектов наполнения (рис. 2).

При уретероскопии в средней и верхней трети мочеточников визуализируются множественные тонкостенные кистозные элементы, располагающиеся подслизисто, местами сливного характера, диаметром достигающие до 1 см (рис. 3). Взята биопсия. При гистологическом исследовании: микрокистозная дегенерация мочеточника (рис. 4).

Учитывая характер поражения мочеточников, наличие кальцинированных брыжеечных лимфоузлов, пациенту выполнено полное фтизиатрическое исследование, по результатам которого туберкулез исключён.

Поэтапно выполнена перкутанная нефролитотомия с обеих сторон. Конкременты удалены полностью. На фоне билатерально установленных внутренних мочеточниковых стентов добиться регрессии кистозных элементов не удалось. Произведен поочередно полная эндоскопическая



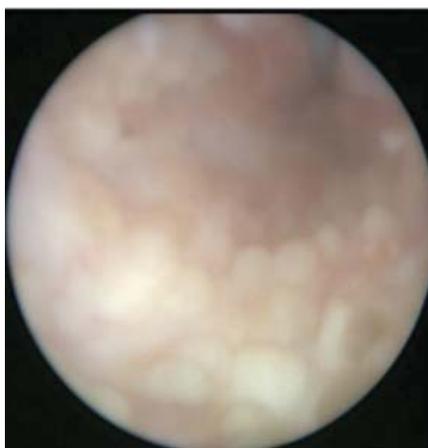
**Рисунок 1.** КТ после нефростомий. Множественные камни почек и кальцинированные лимфоузлы брыжейки

**Figure 1.** CT-scan after nephrostomy. Multiple kidney stones and calcinated mesenteric lymph nodes



**Рисунок 2.** Антеградная пиелоуретерография

**Figure 2.** Antegrade pyeloureterography

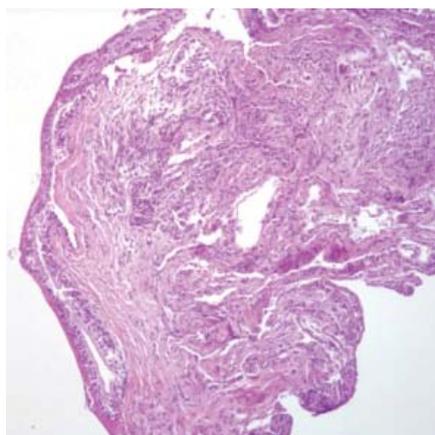


**Рисунок 3.** Эндоскопическая картина: множественные посллизистые кисты

**Figure 3.** Endoscopic appearance: multiple submucosal cysts

абляция кист мочеточников гольмиевым лазером (Ho:YAG) с диаметром волокна 365  $\mu\text{m}$ , энергией 700 mJ и частотой 12 Hz. В послеоперационном периоде верхние мочевые пути дренировали вну-

тренними мочеточниковыми стентами в течение 1-го месяца, после удаления которых восстановлен физиологический пассаж мочи по верхним мочевым путям. Несмотря на сохраняющуюся билате-



**Рисунок 4.** Микроскопическая фотография биоптата слизистой мочеточника  
*Figure 4. Microscopic photograph of the ureteral mucosa biopsy*



**Рисунок 5.** АКТ экскреторной фазы после лечения  
*Figure 5. CT-scan of the excretory phase after the treatment*

ральную гидронефротическую трансформацию (рис. 5), по данным динамической нефросцинтиграфии, отмечено умеренное нарушение накопительно-выделительной функции почек без признаков значимой обструкции. Уровень азотистых оснований сыворотки крови также оставался в пределах референтных значений.

Спустя полтора года пациент был госпитализирован с клинической картиной почечной колики слева. СКТ не выявила острой обструкции. По данным уретероскопии рецидива кист слизистой мочеточника не обнаружено. Последний проходим на всем протяжении. Установлен внутренний мочеточниковый стент слева. После удаления стента пациент существенных жалоб не предъявляет. Проводится динамическое наблюдение.

#### Обсуждение

Кистозный уретерит, известный также как кистозный пиелоуретерит, впервые описан Morgagni в 1761 г. [1]. Им же сделано предположение об

инфекционном генезе данного состояния. В конце XIX века Limbeck и Brunn дали гистологическую характеристику кистозных образований мочеточников: было установлено отслоение слизистой оболочки мочеточников от собственной пластинки на ограниченном участке с формированием кист, полость которых выстлана кубическим или переходным эпителием. Была выявлена идентичность изменений с таковыми при кистозном цистите. В 1906 г. Herxheimer установил, что формирование подслизистых кист является результатом прогрессивной фазы пролиферативного ответа уротелия мочевых путей на хроническое воспаление. В том же году Gianì удалось экспериментально сформировать картину кистозного цистита у кроликов посредством индуцированного хронического воспаления в мочевом пузыре. Введение в клиническую практику цистоскопии позволило ряду авторов подтвердить взаимосвязь кистозного цистита с воспалительными заболеваниями мочевых путей. Warrick обнаружил

в большинстве случаев *Escherichia coli* в качестве инфекционного агента при данной патологии [2].

После начала рутинного использования урографии и других визуализирующих методик частота спорадически выявляемых случаев кистозного уретерита увеличилась. Тем не менее, в доступной литературе до сих пор имеются скудные сведения о распространенности и природе данной патологии. Отмечается превалирование кистозного уретерита у пациентов старшей возрастной группы, чаще у женщин. Процесс, в основном, носит односторонний характер и сам по себе не приводит к обструкции мочевых путей, выступая лишь фоновым состоянием [3]. Тем не менее, в наблюдениях некоторых авторов имела место симптоматическая обструкция верхних мочевых путей внутрипросветными кистозными элементами [4, 5]. Лечение заключается в устранении основной причины, а именно конкрементов мочевых путей с этиотропной антибактериальной терапией. Однако на настоящий момент отсутствуют единые подходы к терапии данного вида патологии. В нашем наблюдении у пациента отмечалось двустороннее поражение мочеточ-

ников с нарушением пассажа мочи, не разрешившееся после элиминации конкрементов на фоне проводимой консервативной терапии. Выполненная нами эндоскопическая лазерная абляция кист позволила устранить кистозную обструкцию и восстановить физиологический пассаж мочи по верхним мочевым путям.

### Заключение

Кистозный уретерит является доброкачественным состоянием, возникающем у некоторых пациентов на фоне мочекаменной болезни или хронического воспаления. В большинстве описанных случаев не сопровождается специфическими симптомами. Лечение заключается в устранении основной патологии и проведении консервативной антибактериальной терапии. Уникальность представленного клинического случая заключается в значимом нарушении уродинамики кистами мочеточника, успешно устраненными посредством эндоскопической лазерной абляции. Данная методика, на наш взгляд, представляется безопасной и эффективной в подобной рода ситуациях.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Morgagni JB. *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis libri quinque*. London: William Cooke Translation; 1822.
2. Clarke BG. Ureteritis cystica: treatment with sulfadiazine, penicillin and aureomycin; report of a case. *J Urol*. 1952;68(5):815-8.
3. Sandritter W. *Macropatología: manual y atlas para médicos y estudiantes*. Barcelona: Editorial Reverté, s.a; 1981.
4. Padilla-Fernández B, Díaz-Alfárez F, Herrero-Polo M, Martín-Izquierdo M, Silva-Abuín J, Lorenzo-Gómez M. Ureteritis cystica: important consideration in the differential diagnosis of acute renal colic. *Clin Med Insights Case Rep*. 2012;5:29-33. doi: 10.4137/CCRep.S9189
5. Ordon M, Ray AA, D'A Honey RJ. Ureteritis cystica: a rare cause of ureteral obstruction. *J Endourol*. 2010;24(9):1391-3. doi: 10.1089/end.2009.0651

### Сведения об авторах

**Сероухов Александр Юрьевич** – специалист уролог Базовой больницы Тамале, Гана  
ORCID iD: 0000-0001-7696-4533  
e-mail: dr.seroukhov@gmail.com  
**Ахмедов Кенан Кайнатович** – врач уролог ГБУЗ «Городская клиническая больница имени В.М. Буянова Департамента Здравоохранения г. Москвы»  
ORCID iD: 0000-0002-9878-7782  
e-mail: kk.akhmedov@gmail.com  
**Кемеж Юлия Владимировна** – к.м.н., врач рентгенолог ГБУЗ «Городская клиническая больница имени В.М. Буянова Департамента Здравоохранения г. Москвы»  
e-mail: ukemej@mail.ru

### REFERENCES

1. Morgagni JB. *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis libri quinque*. London: William Cooke Translation; 1822.
2. Clarke BG. Ureteritis cystica: treatment with sulfadiazine, penicillin and aureomycin; report of a case. *J Urol*. 1952;68(5):815-8.
3. Sandritter W. *Macropatología: manual y atlas para médicos y estudiantes*. Barcelona: Editorial Reverté, s.a; 1981.
4. Padilla-Fernández B, Díaz-Alfárez F, Herrero-Polo M, Martín-Izquierdo M, Silva-Abuín J, Lorenzo-Gómez M. Ureteritis cystica: important consideration in the differential diagnosis of acute renal colic. *Clin Med Insights Case Rep*. 2012;5:29-33. doi: 10.4137/CCRep.S9189
5. Ordon M, Ray AA, D'A Honey RJ. Ureteritis cystica: a rare cause of ureteral obstruction. *J Endourol*. 2010;24(9):1391-3. doi: 10.1089/end.2009.0651

### Information about the authors

**Alexander Yu. Seroukhov** – Specialist Urologist Tamale Teaching Hospital, Ghana  
ORCID iD: 0000-0001-7696-4533  
e-mail: dr.seroukhov@gmail.com  
**Kenan K. Achmedov** – Urologist Moscow City Hospital after V.M. Buyanov, Moscow Healthcare Department  
ORCID iD: 0000-0002-9878-7782  
e-mail: kk.akhmedov@gmail.com  
**Yulia V. Kemez** – PhD, Radiologist Moscow City Hospital after V.M. Buyanov, Moscow Healthcare Department; Moscow, Russia  
e-mail: ukemej@mail.ru